

무보험자 치료 프로그램 개인 정보 관행 안내문

본 통지서는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 그 정보에 어떻게 접근할 수 있는지에 대해 설명해 드립니다. 주의 깊게 검토해 주십시오.

연방 및 뉴욕 주 법에 따라, 무보험자 치료 프로그램(Uninsured Care Programs)은 개인의 보호 대상 건강 정보(Protected Health Information, 개인에 관한 의사결정을 위해 사용되는 정보와 더불어 의료 및 청구 정보 포함)의 프라이버시를 반드시 보호하고 이 안내문의 약관을 준수해야 합니다. 상기 프로그램에 제공된 건강 관련 정보 및 개인 식별 정보는 기밀이 엄격하게 유지되어야 합니다.

또한, 무보험자 치료 프로그램에서는 이 안내문을 반드시 당사자에게 제공하여 무보험자 치료 프로그램에서 보호 대상 건강 정보가 어떻게 사용되는지에 대해 설명하고 무보험자 치료 프로그램에서 보관하는 보호 대상 건강 정보가 어떻게 제공(공개)되는지에 관해 알려야 합니다. 무보험자 치료 프로그램이 보호 대상 건강 정보를 사용 및 제공하는 방법을 변경한 경우 새로운 안내문을 우편으로 제공해야 합니다. 프로그램 담당자는 기밀성 및 프라이버시에 관한 개인의 요구 사항을 인지하고 프로그램 관리에 필요한 경우에만 개인 정보를 공개합니다.

무보험자 치료 프로그램은 다음의 경우에만 개인의 건강 관련 정보를 사용 및 제공해야 합니다.

- 당사자 또는 개인을 대리할 수 있는 법적 권한을 가진 자(예를 들어, 의료 대리인 또는 당사자가 서명한 특정 서면에 의해 지정된 자)에게
- 필요한 경우, 개인의 개인 정보 보호를 보장하기 위해 뉴욕주 보건 국장(Commissioner of Health) 및 연방 시민권사무국(Federal Office of Civil Rights)에게
- 법에 의해 특별히 요청된 경우로 예를 들어, 보건 감독 활동을 위해

귀하의 동의 여부에 따라 무보험자 치료 프로그램은 다음의 예와 같은 경우 보호 대상 건강 정보를 사용 및 제공할 수 있습니다.

- 의료비 지불, 고객 서비스 제공, 불만 사항 처리 및 무보험자 치료 프로그램의 운영을 위해
- 서비스 비용 지불, 서비스 거부 및 서비스 불만 감사, 받을 수 있는 혜택의 조절을 위해
- 건강 보험료 지불 및 개인이 지정한 Medicaid 등의 기타 보험업체에 대금 납부를 위해
- 예를 들어, 개인 정보 기밀 유지에 동의한 사외 감사와 같이 일반 사업 운영을 지원하는 당국의 사업 관계자에게
- 건강 또는 안전에 심각하고 위급한 위협을 피하기 위해
- 무보험자 치료 프로그램 혜택의 신설 또는 변경에 관해 알리기 위해
- 새로운 치료 정보에 대해 알리거나 의견을 구하기 위해

무보험자 치료 프로그램이 보관하는 정보는 다음과 같습니다.

- 프로그램 등록 신청서
- 의료 제공자가 작성한 의료 신청서
- 청구 및 납부 정보(최대 7년)
- 사전 치료 또는 서비스 동의를 위해 의료 제공자가 제출한 의료 정보

법에 따라, 귀하는 다음 권리를 갖습니다.

- 무보험자 치료 프로그램이 보관하는 개인 보호 대상 건강 정보 사본 또는 이 안내문의 사본을 확인 및 수령할 권리, 건강 정보 요청이 거절된 경우 거절에 대한 검토를 요청할 권리.
- 보호 대상 건강 정보에 대한 개정을 요청할 권리. 무보험자 치료 프로그램이 귀하의 요청에 동의하지 않는 경우(예를 들어, 정보가 정확한 경우) 개인 보호 대상 건강 정보에 귀하의 반대 진술서를 추가할 권리.
- 무보험자 치료 프로그램에서 보호 대상 건강 정보를 제공한 곳의 목록을 받을 수 있는 권리. 해당 목록에는 의료, 건강 보험 또는 무보험자 치료 프로그램의 운영을 위해 제공된 보호 대상 건강 정보가 포함되지 않음.
- 다른 방식 또는 다른 장소(예를 들어, 집 주소가 아닌 사서함으로 자료 전달)에서 의사소통하도록 무보험자 치료 프로그램에 요청할 권리.
- 청구 비용을 지불하고 무보험자 치료 프로그램을 운영하기 위해 보호 대상 건강 정보가 사용 및 제공되는 방식을 제한하도록 무보험자 치료 프로그램에 요청할 권리. (무보험자 치료 프로그램이 귀하의 요청에 동의할 수 없을 가능성이 있음에 주의).
- 보호 대상 건강 정보의 프라이버시 또는 보안이 침해된 경우 해당 사실을 통지받을 권리.
- 전자적으로 보관되는 보호 대상 건강 정보의 전자 사본을 수령할 수 있는 권리. 전자 정보가 요청된 형식 및 형태로 명백하게 제공될 수 없는 경우 무보험자 치료 프로그램 및 귀하가 동의한 식별 가능한 양식과 형태로 대체하여 제공되어야 함.

법률에 의거하여, 개인의 서면 동의("허가")를 받은 경우에만 무보험자 치료 프로그램은 본 안내문에 기술되지 않은 목적으로 보호 대상 건강 정보를 사용 또는 제공할 수 있습니다. 서면 동의는 취소 통지를 서면으로 제공함으로써 언제든지 철회(취소)할 수 있습니다.

프로그램에 관한 자세한 정보를 살펴보거나 권리를 행사하려면 아래의 번호로 올리버니에 위치한 프라이버시 사무국(Privacy Office)으로 전화하거나 www.health.state.ny.us 에서 확인하십시오. 무보험자 치료 프로그램이 이 안내문에 기술된 귀하의 개인정보 권리를 침해했다고 생각되는 경우 다음의 주소로 우편을 보내 무보험자 치료 프로그램에 이의 신청을 할 수 있습니다.

정보보호 책임자
Empire Station
P.O. Box 2052
Albany, New York 12220
전화 번호: (800) 542-2437
TTY (518) 459-0121

시민권리사무국
보건복지부(Department of Health and Human Services)
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza Suite 3312
New York, New York 10278
전화 (212) 264-3313 팩스 (212) 264-3039

불만 사항을 접수시키더라도 귀하에게 불리한 조치가 적용되거나 무보험자 치료 프로그램의 프로그램 자격 조건에 영향을 미치지 않습니다.

본 개인정보 안내문은 다음의 인터넷 주소에서도 확인할 수 있습니다.

www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/hipaa.htm

자세한 정보는 무보험자 치료 프로그램 1-800-542-2437 번으로 전화하십시오.